SAN FRANCISCO
APR 10 1922

Über einen Impetigo herpetiformis ähnlichen Fall.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
eingereicht bei einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin

vorgelegt von

Theodor v. Gruchalla-Wesierski
aus Niedeck (Westpreußen).

Tag der Promotion: 25. Februar 1919.

Druck von Robert Noske, Borna-Leipzig
Großbetrieb für Dissertationsdruck
1919.

Der medizinischen Fakultät zu Berlin vorgelegt und zum Druck genehmigt am 25. Februar 1919.

Referent: Dr. Blumenthal-Berlin (Charité).

Meiner lieben Frau!

Im Jahre 1872 erschien in der Wiener medizinischen Wochenschrift eine Arbeit Hebras unter dem Titel: „Über einzelne, während der Schwangerschaft, dem Wochenbett und Uterinalkrankheiten der Frauen zu beobachtende Hautkrankheiten".

Schon vor ihm hatten Auspitz, Neumann und Geber einiges über diese Erkrankung unter andrem Namen veröffentlicht. Die ersteren gaben jedoch nur die charakteristischen Symptome an, während Geber nur den beobachteten Fall beschrieb, ohne für die Charakteristik Wesentliches zu bringen.

Hebra schildert das Krankheitsbild mit folgenden Worten: „Die Erkrankung ist eine Proruption von mit Eiter gefüllten Bläschen oder Pusteln, welche sich sowohl durch ihren gleich bei deren Entstehung bemerkbaren eitrigen Inhalt, als durch ihre Anreihung, Gruppierung und peripheren Ausbreitung besonders charakterisieren. Beinahe jedesmal zeigten sich die ersten Effloreszenzen an der Innenfläche der Oberschenkel teils in kreuzergroßen Gruppen, teils vereinzelt stehend in Gestalt von stecknadelgroßen Pusteln, die sich alsbald durch Nachschübe in der Peripherie zu Kreisen oder irisartigen Zeichnungen heranbildeten. Binnen wenigen Tagen vermehrte sich die Anzahl der Gruppen, erweiterten sich die Kreise und kamen immer neue vereinzelte Pusteln zum Vorschein, so daß nach und nach Oberschenkel, Bauch, Unterschenkel, Brust, Ober- und Unterarme, Hände, Füße und zuletzt auch Nacken, Hals, Gesicht und behaarter Kopf mit solchen Pustelgruppen

übersät erscheinen. Während die im Zentrum der einzelnen Gruppen gelegenen Pusteln zu flachen, dunkelbraunen Borken vertrockneten, entwickelten sich im Umkreise stets neue mit gelber, eitriger Flüssigkeit gefüllte Effloreszenzen und ahmten somit das Bild einer Herpes iris oder circinatus nach. Da jedoch nicht Bläschengruppen, wie bei den bekannten Herpesformen, sondern sogleich Pusteln den Beginn der Erkrankung kennzeichneten, desgleichen kein akuter Verlauf, sondern stets neue Ausbrüche das in Rede stehende Bild charakterisierten, so konnte man dasselbe trotz der sehr bestechenden Bezeichnung nicht unter das Genus ‚Herpes' subsumieren, sondern man mußte demselben den Namen einer Proruption von Pusteln geben, also dem Sprachgebrauch gemäß als eine Art von Impetigo anerkennen, bei welcher die Gruppierung der Pusteln in Kreisform, wie beim Herpes circinatus, auftritt, man mußte also die Bezeichnung ‚Impetigo herpetiformis' wählen".

Die Impetigo herpetiformis ist eine ungemein seltene Erkrankung, bei der die Hauterscheinungen die einzig sinnfälligen Symptome sind, trotzdem im allgemeinen eine schwere Allgemeinerkrankung toxischer und infektiöser Natur, meist verbunden mit Schwangerschaft, gleichzeitig besteht, die fast stets letal ausgeht. Die Erkrankung beginnt mit mohn- bis hirsekorngroßen, anfangs zu kleinen Gruppen angeordneten Pustelchen auf der Haut, die außer einer schwachen Rötung und Schwellung vorher keine Veränderung gezeigt hat. Erst wenn die Pusteln da sind, ist die nächste Umgebung stärker entzündet und geschwollen. Die Pusteln treten sofort als eitergefüllte Hohlräume der Epidermis auf, während die Hornschicht der Epidermis vorgewöllbt ist. Die Pusteln vertrocknen in wenigen Tagen zu kleinen Krustchen,

während gleichzeitig mit dem Vertrocknen in der Umgebung der Kruste neue Pustelchen in mehrfachen Reihen dichtgedrängt um das vertrocknete Gebiet auftreten. Durch Konfluenz mehrerer solcher Herde entstehen landkartenförmig begrenzte, von zoniformen Pustelreihen umgebene, von Krusten bedeckte bräunliche Hautflächen, besonders in der Genitokruralfalte, auf dem Abdomen, unter den Brüsten und in den Achselhöhlen, welche durch Konfluenz ziemlich große Teile der Körperoberfläche bedecken können. Bei starker Ausbreitung ist die gesunde Haut zwischen den erkrankten Partien oft nur ganz schmal erhalten. Unter den Krusten kann sich bereits eine neue Hornschicht gebildet haben, so daß nach Abfallen der grünlichbraunen dünnen Krusten zarte, schilfrige, trockene Epidermis zutage liegt. Solange das nicht geschehen ist, befinden sich unter der Kruste nässende, gerötete, noch vom Rete Malpighe überzogene rote Hautflächen. Auf der Schleimhaut des Mundes befinden sich nichtcharakteristische, schmerzhafte, aphtenähnliche Erosionen von verschiedener Ausdehnung.

Nach Mulzer kommt es niemals zu granulierenden oder ulzerierenden Flächen, daher auch niemals zur Narbenbildung. An feuchten Stellen, in Hautfalten, Schenkelleistenbug, hinter den Ohren und unter den Brüsten findet sich statt der Krusten nicht selten eine breiige, übelriechende, grünliche Masse. Der erste Ausbruch tritt fast immer in den Gelenkbeugen auf, die späteren Schübe sind unregelmäßig, Kopfhaut, Gesicht und Hände werden gewöhnlich zuletzt ergriffen. Auch früher befallene Stellen können wieder von neuem erkranken.

Im Verlaufe der Krankheit treten allgemeine Störungen mit bald kontinuierlichem, bald remittierendem Fieber auf.

Ferner besteht fast regelmäßig eine Beziehung zur Schwangerschaft, so daß ihr wohl ein begünstigendes Moment zugesprochen werden muß. Meist tritt die Erkrankung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf und kann mit deren Beendigung zurückgehen, insofern als die Hauterscheinungen vollständig schwinden, ohne daß damit auch die Allgemeinerkrankung schwände. So trat in dem von Ehrmann beobachteten Falle 4 Wochen nach der Entbindung bei vollständigem Fehlen aller Hauterscheinungen und des Fiebers unter allallmählicher Abnahme des Körpergewichts und Kachexie bei vollständigem Erhaltensein des Appetits exitus letalis ein.

Der Tod der Patientin tritt gewöhnlich im Kollaps ein, meist 1—3 Wochen nach dem Partus, oder es tritt 1—3 Monate nach Ausstoßung des Fötus Heilung ein. Die Kranken werden meist bei jeder neuen Schwangerschaft wieder befallen. An subjektiven Beschwerden sind Schmerzen in den Gliedern, Kribbeln, Konvulsionen, Genickstarre und Paresen bemerkenswert.

Die Kinder, die lebend zur Welt kommen, sterben gewöhnlich nach einigen Wochen ohne bestimmte Krankheitserscheinungen; nur im Falle von Du Mesnil und Marx hatte das Kind eine der Impetigo herpetiformis ähnliche pustulöse Dermatitis auf Handrücken, Wangen und am Kinn.

Einen ähnlichen Verlauf des Krankheitsbildes sehen wir auch bei dem von Groß geschilderten Fall. Die 25jährige Patientin hat 6 Partus gut durchgemacht. Sie kommt gravid im 7. Monat zur Aufnahme. Einen Monat vorher ist Patientin wegen einer Phlegmone der rechten Hand in Behandlung gewesen. Es besteht hohes Fieber und große Unruhe bei der Patientin. Auf geröteter, wenig elevierter Basis

finden sich stecknadelkopfgroße Bläschen mit graugetrübtem Inhalt, die in Kreisen, Ellipsen und Streifen angeordnet sind. Der zentrale Kreis trocknet ab, während sich in der Peripherie neue solcher Kreise bilden. Da und dort besteht Konfluenz solcher Herde, andere bleiben abortiv, so daß inmitten gesunder Hautpartien einzelne solcher miliarer Pustelchen sind. In der weiteren Entwicklung ist der Herd so beschaffen, daß auf geröteter Basis zentral festhaftende Schuppen auflagern, während in der Peripherie innerhalb des begrenzenden Halos neue pustulöse Effloreszenzen stehen. Der größte konfluierende Herd ist auf der Bauchhaut; er beginnt etwa vier Finger unterhalb des Processus xiphoides, reicht bandförmig nach rückwärts bis an die mittlere Rückenfurche und setzt sich nach unten bis an die beiden Genitokruralfalten fort. Dieser Herd besteht wesentlich aus graugrünen, festhaftenden Schuppen, während in der Pheripherie des beschriebenen Halos da und dort miliare Pusteln stehen.

Am Tage nach der Aufnahme Frühgeburt. An der Frucht befindet sich nichts Bemerkenswertes. Das intermittierende Fieber hält an, es treten Schüttelfröste auf, und während dieser Zeit erscheinen in exzentrischer Weise neue Pusteln. Die Involution geschieht immer mit Anbildung von Schuppen und Krusten ohne Zwischenstadium des Nässens, ohne warzige oder drüsige Wucherungen, so daß zu einem bestimmten Zeitpunkt der Eindruck einer etwas atypischen Psoriasis besteht. Im weiteren Verlauf lösen sich die Schuppen ab, der Fiebertypus ist remittierend geworden, es erscheint völlig normale, blaßbraune, pigmentierte Haut. Die Kranke bleibt dann fieberfrei, macht den Eindruck eintretender Rekonvaleszenz. Während der ganzen Fieberperiode ist bedeutende Leukozytose vorhanden, ferner Beteiligung der

Nieren in Form von Albuminurie und Zylindrurie. Plötzlich tritt ohne besondere Erscheinungen unter scheinbarer Rekonvaleszenz der Tod ein.

Die auftretende Albuminurie erkennt Gavazzeni nicht als Schwangerschaftsnephritis an, sondern er hält sie für eine reine Komplikation als Folge der Hautaffektion.

Um eine Verwechslung mit Herpes zu vermeiden, wäre nach Kaposi die Bezeichnung Impetigo circinata et Iris besser gewesen. Denn bei Herpes bestehen mit klarem Serum gefüllte Bläschen, bei Impetigo von vornherein eiterhaltige Bläschen und nur solche während des ganzen Krankheitsverlaufs. Wenn auch alle anderen Symptome vorhanden sind, nur nicht sofort eitrige, miliäre Pustelchen, dann ist die Erkrankung nicht eine Impetigo.

Kaposi gibt folgende Charakteristik der Impetigo:

1. Es bestehen miliare, primär als solche auftauchende, oberflächliche, d. i. Epidermoidalpustelchen.

2. Dieselben treten durchweg in der gleichen Form und Weise auf.

3. Sie sind stets in Gruppen und Haufen gestellt.

4. Dieselben Effloreszenzen erscheinen in Nachschüben an den Randpartien eines älterern konfluierenden oder verkrustenden oder sich ablösenden Herdes in einer oder mehrfacher Reihe auf entzündlicher Basis, während im Zentrum sofort oder nach kurzem Stadium des Nässeus Überhäutung stattfindet und niemals Ulzeration und Narbenbildung.

Während diese vier Punkte bei jedem Fall von Impetigo vorhanden sein müssen, sind die weiteren wesentlichen Momente, wie ausschließliches Vorkommen bei schwangeren Frauen oder Puerperis, das begleitende, durch Schüttelfröste markierte Fieber, gewisse Prädilektionsstellen und letaler Verlauf, nicht konstant vorhanden.

Die Charakteristik, die Hebra und auch Kaposi von der Impetigo herpetiformis geben, scheint zu eng begrenzt zu sein; denn immer wieder ist versucht worden, Krankheitsbilder unter diese Gruppe zu bringen, die mehr oder weniger von dem ursprünglich geschilderten Bilde abweichen; oder aber es sind ganz ähnlich verlaufende Fälle unter anderen Bezeichnungen beschrieben worden, die vielleicht doch hierher gehören; wegen ihrer Abweichungen von der Norm sind sie aber unter einem anderen Namen zusammengefaßt worden. Sicher sind aber nicht alle als Impetigo herpetiformis beschriebenen Fälle ohne Ausnahme dazu zu rechnen, sondern eine große Anzahl muß man wohl unter eine andere Gruppe rechnen, wie dieses auch in zahlreichen Kritiken geschehen ist.

So scheint die Erweiterung des ursprünglichen Bildes Kaposi gemacht zu haben, um den von ihm beobachteten und beschriebenen Fall von „Impetigo herpetiformis in mare“ unter dieses Krankheitsbild einreihen zu können. Bei seinem Patienten zeigte sich eine von Anbeginn der Erkrankung bis zum Tode stetig und unter Fieberparoxismen sich wiederholende Eruption von zirzinär fortschreitenden Plaques miliarer Pustelchen auf entzündeter Basis. Bei der Obduktion wurden Pustelchen und Geschwürchen auch auf den Falten des Ösophagus, besonders an der Cardia gefunden. Jarisch will Kaposis Fall beim Manne nicht als Impetigo

herpetiformis gesichert anerkennen, ihm schließen sich darin Besnier, Finger und Ehrmann an. Weitere seltene Fälle beim Manne sind von Dubreuilh, Neumann, Whitehouse, Rille und Tommasoli beschrieben worden. Tommasolis Fall ist insofern noch interessant, als die Erkrankung bei einem Manne auftrat, der in intellektueller wie psychischer Hinsicht zu jenen Typen gehörte, welche die Italiener Donneschi, d. h. Weibmann, nennen.

Der von Pataky beobachtete Fall bei einem jungen Manne wird von Kaposi für ein Erythema multiforme vesiculorum gehalten.

Auch seltene Fälle von Heilung sind in der Literatur beschrieben worden. So erwähnt Kaposi zwei Frauen, die anscheinend bleibend genesen sind. Bei der einen trat Genesung nach zwei kurz aufeinanderfolgenden Schwangerschaften ein. In dem Fall von Schulze erkrankte die Patientin im 6., 7. und 9. Schwangerschaftsmonat mit anscheinend günstigem Verlauf. Ob aber ohne Hauterscheinungen später bei ihr der Tod nicht doch erfolgte, konnte nicht sicher festgestellt werden. Die ersten Hauterscheinungen traten im 6. Graviditätsmonat auf, hielten dann 2 Jahre an, bis nach der Entbindung bei 7. Gravidität, wo sie spontan abheilten. Während der 8. Gravidität blieb Patientin frei von jeglichen Hauterkrankungen. Erst bei der 9. Gravidität kam die Impetigo herpetiformis wieder zum Ausbruch und heilte nach vielen Rezidiven ante und post partum spontan ab.

Dieser Fall von Heilung wie der von Du Mesnil und Marx stimmen mit den meisten insofern nicht überein, als die Pusteln größer waren als gewöhnlich und Linsengröße erreichten, ferner die Inguinalfalten gänzlich verschont blieben. Auch beschreiben Du Mesnil und Marx wie Dauber einen Fall

von Impetigo herpetiformis bei einer Frau, die sich nicht im Zustande der Schwangerschaft befand.

Wegen seines atypischen Verlaufes dürfte es lohnen, den von Du Mesnil beschriebenen Fall nochmals anzuführen.

S. Margaretha, 30 Jahre alt, Schneidersfrau, wurde am 25. 7. 1888 auf die Abteilung für Hautkranke in das Juliusspital in Würzburg aufgenommen.

Bei ihrem Eintritt gibt sie an, die Erkrankung habe etwa 6 Wochen gedauert; in den letzten Tagen seien Blasen und Wunden auch im Munde aufgetreten, die die Nahrungsaufnahme zuletzt unmöglich gemacht hätten.

Patientin selbst überstand in ihrem 4. Lebensjahre die Masern, im 6. Lebensjahre Scharlach. Die Menses traten mit 13 Jahren ein und waren immer regelmäßig. Vor 4 Jahren heiratete Patientin, vor $2^1/_2$ Jahren gebar sie ein Kind, das lebt und gesund ist. Seit jener Zeit ist keine Gravidität wieder eingetreten, und waren die Menses immer ohne Störung; Patientin hat niemals abortiert.

Vor 14 Tagen traten nach Angabe der Kranken an Leib und Genitalien Blasen auf, die sich fortwährend vermehrten, ihr aber, abgesehen von geringem Brennen, keine Beschwerden verursachten: es seien dann öfter heftige Schüttelfröste dazu gekommen, verbunden mit heftigen Kopfschmerzen und zeitweisem Erbrechen, der Appetit sei geschwunden, der Stuhlgang unregelmäßig; auch beunruhige sie stark in letzter Zeit häufiges Herzklopfen und Schlaflosigkeit.

Status beim Eintritt am 25. Juli 1888:

Patientin, von grazilem Körperbau, hat ein etwas urämisches Aussehen. Hautfarbe blaßgelb, Panniculus sowie Muskulatur schlecht entwickelt. Geringer Strabismus divergens, besonders des rechten Auges. An den äußeren Genitalien

und den Genitokruralfalten ein Ausschlag, der sich charakterisiert durch eine mit schmierigem, teils gräulich, teils bräunlich, teils grünlich bis schwefelgelb aussehenden, sehr übelriechenden Massen bedeckte Fläche, deren Ränder, unregelmäßig begrenzt, sich scharf gegen die Umgebung absetzen und von einem intensiv roten Hof umgeben sind, auf dem sich ringsherum stecknadelkopf- bis linsengroße, teils in Gruppen, teils isoliert stehende, gelbe Effloreszenzen befinden. Dieselben stellen sich teils als echte Pusteln mit rahmigem Inhalt und zentraler Delle dar, teils machen sie den Eindruck luetischer, mit diphtheritischem Belage versehener Papeln. Nach Entfernung der sehr übelriechenden Krusten und Detritusmaßen tritt eine glänzende, mit klebriger Flüssigkeit bedeckte, hochrote Fläche zutage, die das Aussehen eines Ekzema madidans bietet. Gegen den Oberschenkel zu, ebenso wie am Abdomen und in der Kreuzbein-Lendenwirbelgegend befinden sich die gleichen Effloreszenzen, jedoch in geringerer Anzahl und mehr zerstreut, jedesmal von einem roten Hof umgeben. Ähnliche Pusteln an Kniebeuge und Ellenbogen, an der Kinn-Halsbeuge, an Kinn und Mundwinkel, an dem einige schmerzhafte Rhagaden zu sehen sind. Starker Foetor ex ore; auf der Wangenschleimhaut einzelne bohnengroße Plaques von unregelmäßiger Begrenzung, mit grauweißem, stinkendem Belage bedeckt, nach dessen Entfernung eine intensiv gerötete Schleimhaut zutage tritt. Auf der rechten Tonsille eine zirkumskripte, gelbe, detritusähnliche Masse von Linsengröße. Inguinal- und Submaxillardrüsen geschwellt, schmerzhaft, sonst nirgends Drüsenschwellungen nachzuweisen. An den inneren Organen keine Abnormitäten. Urin eiweiß- und zuckerfrei; Temperatur 37,8; Puls 115; Körpergewicht 40,6 kg.

28. Juli: Unter Puderbehandlung sind die Pusteldecken und Beläge an den Genitokruralfalten und in der Inguinalgegend zu graugrünen Borken eingetrocknet; dagegen haben sich die Effloreszenzen in der Peripherie vermehrt; zugleich ist ein Gefühl von Kribbeln in den Händen und Zehen aufgetreten; Prüfung der Sensibilität, des Druck- und Temperatursinns, sowie der Reflexe ergeben normale Verhältnisse. Temperatur 37,9.

30. Juli: Patientin klagt über starke Kopfschmerzen, intensives Brennen im Munde; der Prozeß an der Haut sowohl wie auf der Mundschleimhaut hat sich noch weiter verbreitet und erzeugt einen abscheulichen Geruch, der an den ulzerierender, luetischer Papeln erinnert. Da der Ausschlag auf der Haut der Patientin starke Beschwerden verursacht, so werden protrahierte Bäder, in der Zwischenzeit ein Salbenverband, verordnet. Zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken antiluetische Kur mit Hg und JK. Temperatur 37,8.

Der Prozeß breitet sich allmählich immer mehr aus; hauptsächlich die Inguinalfalten mit dicken, grauweißen Plaques bedeckt. Außerdem an der Vulvarschleimhaut und den kleinen Labien ähnliche, sehr schmerzhafte Eruptionen wie im Rachen. Temperatur schwankt zwischen 37,6 und 37,9. Die ältesten Effloreszenzen, die nicht konfluiert sind, sind abgeheilt und haben einen braunroten, im Niveau der Haut liegenden Fleck hinterlassen.

10. August: Temperatur 38,2. Heftiger Kopfschmerz; etwas Benommenheit des Sensoriums; über Nacht sind, besonders entlang der Wirbelsäule, neue Pusteln aufgetreten. Harnmenge 800. Keine abnormen Bestandteile. Fieber geht zurück. Subjektives Befinden gut. Seit einiger Zeit permanentes Bad tagsüber. Morphium (Hg-Behandlung ausgesetzt).

Im Munde sind die gelblichen Plaques auch auf die hintere Pharynxwand übergegangen. Pinselung mit Acid. hydrobrom.

29. August 9 Uhr vormittags: Schüttelfrost. Temperatur 39. Starke Atemnot, Angstgefühl, Puls kein, sehr beschleunigt, 140. Einziehung der unteren Thoraxpartien; Zyanose. Auskultatorisch und perkutorisch normaler Lungenbefund. Zunge stark geschwellt, auf derselben einzelne Pusteln. Zungenränder exkoriiert, sehr schmerzhaft (Lingua crenata). Auf dem ebenfalls intensiv geröteten und geschwollenen Gaumen einige Pusteln. Kehlkopfuntersuchung nicht ausführbar. Ordination: Kampfer subkutan, Eiskrawatte, Eisstückchen.

6 Uhr abends: Patientin ist wie im Schweiß gebadet. Temperatur 37,8. Atmung freier; Sensorium etwas benommen; Puls klein, weich, frequent. Ordination: Digitalispulver.

1. September: Rachenaffektion wesentlich gebessert; an der Wangenschleimhaut ist vollständige Heilung eingetreten ohne Hinterlassung irgendwelcher Residuen. Patientin nimmt wieder etwas flüssige Speisen zu sich, nachdem die Nahrungsaufnahme in den letzten Tagen wegen der Schmerzen beim Schlucken nicht möglich war. Körpergewicht 36,6 kg.

In den folgenden Tagen, während welcher Zeit Patientin sich permanent im Bade befindet, subjektives Befinden relativ gut. Der Prozeß auf der Haut ist an den zuerst befallenen Stellen fast vollständig abgeheilt mit Zurücklassung intensiver, blauroter Färbung. Auf dem Boden einzelner Effloreszenzen, so z. B. in der rechten Ellbogenbeuge, sind drusige Warzen von rauher Beschaffenheit emporgesproßt, die große Ähnlichkeit mit spitzen Kondylomen haben. Der Pustelausschlag hat sich nunmehr über den ganzen Körper ausgebreitet. Temperatur 37,6.

6. September: Patientin wird im Bade plötzlich von Frost, Schwindel, Atemnot, großer Angst und allgemeiner Schwäche befallen, so daß sie zu Bett gebracht werden muß Benommenes Sensorium, Delirien, Nystagmus, Erbrechen galliger Massen, tagsüber 6 blutige Stühle. Puls klein, weich, 140. Temperatur 38,7. Ordination: Koffein.

7. September: Subjektives Befinden besser; Sensorium frei; Schmerzen im Munde. An der Wangenschleimhaut sowohl wie an der des Gaumens ähnliche papilläre Exkreszenzen wie in der Ellbogenbeuge; ebenso auf den Tonsillen, mit weißlichem Schorf bedeckt. Ebensolche an beiden inneren Augenwinkeln und den Nasenöffnungen. Stuhl wieder normal. Temperatur 37,9.

1 Uhr nachmittags: der Anfall vom 6. September wiederholt sich. Ordination: Morphium.

7 Uhr abends: erneuter Anfall; Ordination: Morphium und Chloralhydrat.

8. September: Patientin hat die Nacht schlaflos zugebracht. Delirien, große Angst; morgens starke Unruhe; choreaähnliche Zuckungen. Sensorium frei; plötzliche Hyperästhesie am ganzen Körper; Leibschmerzen, Nystagmus. Untersuchung des Augenhintergrundes ergibt keine Abnormitäten. Ordination: Natr. bromat. 1,0 10 mal täglich.

In der folgenden Zeit tritt erhebliche Besserung ein. Patientin schläft viel.

19. September: An der Innenfläche der rechten Wange sind noch zahlreiche unregelmäßige, gelbliche Bläschen vorhanden; ebenso findet sich an der Berührungsstelle der oberen und unteren Backenzahnreihe ein eitriger Belag. Am weichen Gaumen drei warzenförmige Gebilde von Erbsengröße; Um-

gebung stark gerötet. Im Gesicht findet sich auf der rechten Wange, als Residuum einer früheren Eruption, wie sie oben beschrieben ist, ein braun pigmentierter, über das Hautniveau nur wenig hervorragender Fleck von etwa Linsengröße; ferner eine frische Eruption, die besteht aus einer über das Hautniveau erhabenen, hirsekorngroßen Pustel, welche aufgegangen ist und in ihrer Peripherie einen zirka 1 mm breiten geröteten Hof zeigt. Ähnliche Eruptionen in der rechten Nasalfalte. Am Kinn sind viele Effloreszenzen obiger Art konfluiert und bilden einen Ring, welcher mit Freilassung der mittleren Partien des Kinns genau symmetrisch das untere Drittel des Gesichts einnimmt. An der Halskinnbeuge, ferner am Hals und am ganzen Schultergürtel zeigen sich ebenfalls, ziemlich regelmäßig verteilt, ähnliche Bilder; jedoch ist an diesen fünfpfennig- bis markstückgroßen, mit jenem intensiv roten Hof umgebenen Eruptionen teilweise der graugelbe Belag erweicht, teils fehlt er ganz und gar; an solchen sieht man vom Zentrum der einzelnen Plaques aus die Regeneration zur normalen Hautdecke beginnen, so daß an vielen Stellen die Eruptionen in der Mitte eine Delle von normaler Haut zeigen, während die Peripherie ringförmig noch jenen eigentümlich übelriechenden Belag zeigt. Sehr ausgesprochen finden sich derartige Effloreszenzen am Rücken und an den Beugeseiten der Extremitäten, ferner an der Halskinnbeuge, in der Nackenschulterbeuge, in der Achselhöhle, an den überhängenden Brüsten, in sehr intensivem Maße auf den Bauchdecken, wo sich jetzt das Bild in der Weise präsentiert, daß die früher beschriebenen graugelben Massen sich abgestoßen haben und an ihre Stelle normale Haut getreten ist, welche jetzt jedoch intensiv braunrote Färbung zeigt. Auffallend ist, daß an der Peripherie immer neue, frische Effloreszenzen auftreten und

daß die Nabelgegend als eine Insel vollständig frei ist, während die sie begrenzenden Teile einen über handflächenbreiten Ring des Ausschlages um dieselben bilden. Die Effloreszenzen setzen sich fort auf die Genitokruralfalten, ferner auf die Schamlippen und auf die Oberschenkel, besonders auf die inneren, einander zugekehrten Flächen derselben, dann auf die beiden Ellbogenbeugen, wo an Stelle der Pusteln mehr jene schon oben beschriebenen Exkreszenzen aufgetreten sind, die stellenweise so dicht beieinander stehen, daß ihr Anblick sich wohl mit der Oberfläche eines Frottierhandtuches vergleichen ließe. Von diesen Gebilden wurde eins behufs mikroskopischer Untersuchung exzidiert. Gleiche Effloreszenzen finden sich in beiden Kniegelenkbeugen und ferner an der rechten Fußunterschenkelbeuge. An der Streckseite lokalisiert sich der Ausschlag hauptsächlich an der Wirbelsäule, hier annähernd symmetrisch; auffallend ist die charakteristische Kreisform, in der sich die Pusteln aneinanderreihen und durch Konfluenz jene eigentümlichen Figuren bilden, die unter der Formatio figurata, gyrata bekannt sind. Inguinaldrüsen bohnengroß, schmerzhaft; die übrigen Lymphdrüsen nicht geschwollen. Subjektives Befinden bedeutend gebessert. Urin normal. Gewichtsabnahme bis jetzt 10 Pfund.

Der Allgemeinzustand der Patientin bessert sich von Tag zu Tag, hier und da treten noch einzelne neue Eruptionen auf, ohne Beschwerden zu verursachen.

Die am 28. September vorgenommene Untersuchung der Genitalien ergab auf der Schleimhaut der Vagina, zwischen den Carunculae und auf der Analschleimhaut einzelne ähnliche Plaques wie in der Vulva. Am Uterus keine Veränderungen. Patientin verläßt tagsüber einige Stunden das Bett. Eine frische Pustel in der linken Ellbogenbeuge, ebenso

eine papilläre Exkreszenz, die sich auf einer abgeheilten Pustel gebildet hatte, wird exzediert.

2. Oktober: Auf der Exzisionsstelle eine neue, große, schlaffe, mit eitrigem Inhalt gefüllte Impetigopustel.

24. Oktober: Daselbst eine harte, über die Haut erhabene Narbe. Befinden der Patientin fortgesetzt gut.

10. November: Patientin zeigt ein gutes Aussehen, hat an Gewicht im Vergleich zum Eintritt 10 Pfund zugenommen; auf der Haut des ganzen Körpers, an Stelle des Ausschlages, eine schmutzig braunrote Verfärbung der Haut, welche sich dadurch charakterisiert, daß das Zentrum von intensiv brauner Farbe ist, während ein peripherer Ring von zirka $^1/_2$ cm Breite und gelbbrauner Farbe dasselbe umgibt. Nirgends ist eine Erhabenheit über die Haut zu konstatieren. Die papillären Exkreszenzen haben sich von selbst wieder zurückgebildet; stellenweise sind die braunen Flecken, die im einzelnen Linsen- bis Markstückgröße haben, zu handteller- bis fußsohlengroßen diffusen Pigmentierungen konfluiert, und zwar ist ein solcher Ring am Beckengürtel zu konstatieren, der beide Inguinalgegenden, die Schamgegend, beide Glutealgegenden und die Kreuzbein- bezw. Lendenwirbelgegend einnimmt. Im Rachen normale Verhältnisse; die Menses, die seit Beginn der Erkrankung zessierten, sind wieder eingetreten.

Patientin wurde am 10. November geheilt entlassen.

Bei einem späteren Rezidiv entstand im Verlauf der Erkrankung eine Veränderung an den Fingernägeln derart, daß dieselben ihren Glanz verloren, abnorm brüchig wurden und an der Peripherie absplitterten, während die Mitte sich stark verdickte und eine stark ausgeprägte Querwulstung aufwies; dazu trat am rechten Mittelfinger eine eitrige Paronychie ein, die erst nach Verlauf einiger Wochen zur Abheilung kam.

Diese Erkrankung der Fingernägel erinnert stark an die später zu erwähnende Acrodermatitis continua Hallopeau.

Bei dem von Dauber beschriebenen Fall, der ein weiteres Rezidiv bei der Patientin Du Mesnils darstellt, macht Jarisch darauf aufmerksam, daß er als echter Fall von Impetigo herpetiformis nicht ganz sichergestellt ist, weil neben den auftretenden Erscheinungen sich an den äußeren Genitalien und in den Genitokruralfalten Effloreszenzen hinzugesellten, die wie luetische, mit diphtheritischem Belag versehene Papeln aussahen. Bei diesem Fall trat nach einer Frühgeburt im 7. Monat die spontane Heilung ein. Nach einem Jahre erfolgte nach erneuter Konzeption abermaliger Ausbruch von hirsekorn- bis linsengroßen Pusteln. Hinzu trat eine Rachenaffektion mit Schlingbeschwerden. An den Genitalien zeigten sich beetartige, aus grau-weißen, übelriechenden Massen bestehende Erhebungen, in der Crena ani zwei taubeneigroße Papillome und einige kondylomartige Effloreszenzen, welche im weiteren Verlauf zu hühnereigroßen Papillomen heranwuchsen. Gleiche Vegetationen erschienen am Nabel. Nach neuerlicher Frühgeburt im 7. Monat trat eine Eruption einiger Gruppen von zosterähnlichen Effloreszenzen auf beiden Bauchseiten auf. Nach der Geburt heilte das Hautleiden wie die bis ans Periost vorgedrungenen Ulzerationen der Mundschleimhaut wieder ab. Nach einer weiteren Konzeption nach einem Jahre beobachtete Dauber erneuten Ausbruch des Leidens mit Wucherungen an den erwähnten Stellen und Ulzerationen der Mundschleimhaut. Nach $1^1/_2$jährigem Bestehen dieses letzten Rezidivs trat Exitus infolge von Tuberkulose ein.

Dieser Krankheitsfall deutet auch darauf hin, daß für die Impetigo herpetiformis das Genitale ein prä-

disponierendes Moment zu sein scheint. Wenn auch die erste Erkrankung bei der Patientin in nicht gravidem Zustande eintrat, so fällt doch auf, daß seit dem Beginn der Erkrankung bis zur erstmaligen Heilung die Menses gänzlich ausblieben, dann aber wieder regelmäßig eintraten, und daß die späteren Rezidive stets mit den interkurrierenden Schwangerschaften vereint auftraten und nach deren Aufhören auch schwanden.

Der von Friedrich Schwarz beobachtete Fall einer nichtschwangeren Frau bekam später große Pemphigusblasen, so daß er auch kaum mit Sicherheit unter die Impetigo herpetiformis-Fälle gerechnet werden kann.

Gavazzenis Fall betraf eine Virgo intacta, daher hält er ein für allemal eine notwendige Beziehung der weiblichen Genitalien zur Impetigo herpetiformis für ausgeschlossen. Er betrachtet die Krankheit überhaupt nicht mehr als eine Schwangerschaftskrankheit, sondern sie stellt nach ihm eine dermatologische Einheit dar.

Bisher ist die Ätiologie dieser Erkrankung noch völlig ungeklärt, und die verschiedensten Ansichten über ihre Entstehung sind geäußert worden.

Hebra und Jarisch nehmen an, daß die Impetigo herpetiformis eine Äußerung reflektorischer Nerven- und Gefäßreizung während der Schwangerschaft und bei Wöchnerinnen ist, wie der Pemphigus hystericus, Pemphigus gestationis, Erythema und Herpesformen. Auch Du Mesnil sah in dem Krankheitsbild eine Erkrankung des Nervensystems. Diese Annahme ist aber kaum begründet, da auch bei den genannten Krankheitsformen zweifelhaft ist, ob sie als neurotische Dermatosen aufzufassen sind. Tommasoli bezeichnet die Erkrankung als eine Stoffwechseldermatose. Einen pyämischen

Prozeß erblicken in ihr Kaposi, Maret, Pollock und Dauber. Hierfür sprächen die bei den Obduktionen gesehenen Nephritis und Myocarditis parenchymatosa, der Tumor lienis, sowie der wiederholt gesehene letale Ausgang unter tuberkulösen Erscheinungen, wie in den von Du Mesnil, Marx, Dauber, Tommasoli und Pataky beschriebenen Fällen. Das hohe Fieber und der in der Regel letale Ausgang lassen auch an eine toxische oder infektiöse Ursache denken. Schwangerschaft scheint ein prädisponierendes Moment zu sein, da die Widerstandskraft des Organismus gegen das einwandernde oder schon deponierte Gift verringert ist. So wäre auch das Zusammentreffen der Rezidive mit den interkurrierenden Schwangerschaften zu erklären. Bakteriologische Untersuchungen waren jedoch bisher erfolglos.

Ehrmann, Du Mesnil, Marx und Dubreuilh haben im Pustelinhalt Staphylokokken gefunden, Du Mesnil auch in der Umgebung der Bläschen; eine Übertragung auf einen anderen Patienten blieb aber negativ und aus dem Blut ließ sich kein Mikroorganismus züchten. Breier konnte bei seinen Untersuchungen beim Patienten keinerlei Organismen zu Lebzeiten nachweisen.

Entsprechend der Ungeklärtheit der Ätiologie kann auch die Therapie der Impetigo herpetiformis nur rein symptomatisch sein. Lokal kommen zur Entfernung der Krusten Bäder und Einpudern mit Amylum sowie Aufschmieren von Zinkpaste in Frage. Verschiedene Autoren empfehlen kontinuierliche Bäder und Teerpräparate. Linser und Mayer gelang es, einen Fall durch intravenöse Infusionen von Blutserum einer gesunden Schwangeren zu heilen.

Als Begleiterscheinung der Impetigo herpetiformis kommen Urticaria und Erythema vor, die

jedoch nicht regelmäßig vorhanden sind. Sie laufen neben der Impetigo-Erkrankung nur nebenher, bilden jedoch nicht etwa die Basis der Erkrankung. — Wie die vorhin erwähnten Krankheitsfälle zeigen, weicht ein großer Teil von ihnen von der von Hebra angegebenen Charakteristik mehr oder weniger ab. Zunächst sind eine große Reihe von Fällen geschildert worden, bei denen die Pusteln nicht hirsekorngroß, wie Hebra es verlangt, sondern bedeutend größer waren. Auch war ihre Lokalisation nicht immer so regelmäßig an den genannten Prädilektionsstellen, sondern sie traten bald hier bald dort am Körper auf. Die Schwangerschaft konnte bei vielen nicht als prädisponierendes Moment herangezogen werden, da die Erkrankung bei Virginibus intactis oder sogar bei Männern beschrieben wurde, wenn auch wohl anzunehmen ist, daß das Genitale in gewisser Beziehung zu dieser Erkrankung steht. Auch der von Hebra angegebene fast regelmäßige letale Ausgang der Erkrankung ist durch nach ihm beschriebene Fälle zum Teil in Frage gestellt worden. Man könnte also, wollte man sich streng an das ursprüngliche Bild halten, eine Menge der bisher beschriebenen Impetigo herpetiformis-Fälle aus der Krankheitsgruppe ausscheiden. Aber man dürfte sich nicht verhehlen, daß zwischen ihnen und den von Hebra beschriebenen Fällen eine große Ähnlichkeit besteht, die eine restlose Trennung nur schwer berechtigt erscheinen ließe.

Andererseits sind in der Literatur der letzten Jahrzehnte unter anderem Namen Krankheitsbilder beschrieben worden, die so sehr an diese von der ursprünglichen Charakteristik der Impetigo herpetiformis abweichenden Fälle erinnern, daß man sie fast auch unter den Sammelnamen der Impetigo herpetiformis unterordnen möchte.

So hat Zumbusch ein der Impetigo herpetiformis sehr ähnliches und daher von ihr schwer zu unterscheidendes Krankheitsbild in seiner Arbeit „Psoriasis und pustulöses Exanthem“ geschildert. An Hand zweier von ihm beobachteter Fälle beschreibt er den Krankheitsverlauf folgendermaßen: Bis zum Auftritt des eigentlichen Krankheitsbildes ist gewöhnlicher Psoriasis-Ausschlag vorhanden. Plötzlich tritt hohes Fieber auf, der Kranke wird sehr hinfällig und benommen, während der interne Befund negativ ist. Es rötet sich auf einmal die Haut auf weite Strecken hin. Diese Veränderung tritt bald im Gesicht, bald an anderen Stellen, oft an mehreren gleichzeitig auf. Die Haut wird scharlachrot, sieht gespannt und glänzend aus und ist geschwollen Sie ist trocken und auf Druck empfindlich. Nach kurzer Zeit treten allerkleinste Pustelchen auf mit gelbem, dickem Eiter, die sehr oberflächlich liegen. Sie vermehren sich rapid, so daß große Bezirke dicht von ihnen besetzt sind und ab und zu konfluieren und so tellergroße Pusteln bilden, deren Inhalt steril ist. Nach 1—2 Tagen sind die ersten Pusteln eingetrocknet, die Haut bedeckt sich mit lamellösen, feuchten Krusten. Die Farbe der Haut wird dunkelrot, oder aber es hebt sich die Epidermis ab und es tritt Nässen ein. An den Rändern stellen sich wieder neue Pusteln ein, und rapid überzieht die Röte den Körper. Dieser Zustand dauert einige Tage bis zu mehreren Wochen. Eines Tages fällt das Fieber ab, das subjektive Befinden wird wieder gut, die Rötung verliert sich und allgemeine Schuppung tritt ein. Nach einigen Tagen ist alles braunrot, mäßig infiltriert und mit weißen, lamellösen, trockenen Schuppen bedeckt. Der Patient bietet wieder das Bild der typischen Psoriasis, die mit den herkömmlichen Mitteln abheilt und wieder rezidiviert.

Die Ähnlichkeit mit der Impetigo herpetiformis beruht vor allem darin, daß auch bei ihr die schweren allgemeinen Symptome, Rötung und die primären, dicht sitzenden eitrigen Pusteln vorhanden sind. Von dem Bilde der Impetigo herpetiformis unterscheidet es sich vor allem darin, daß diese niemals mit psoriasisartigen Erscheinungen vergesellschaftet ist. Ferner breitet sich die Impetigo herpetiformis immer an der Genitalregion, dort beginnend, am heftigsten aus. Sie entsteht aus solitären Pustelchen, deren Umgebung leicht rot ist. Dann erst werden diese Pustelchen von neuem umkränzt, diese wieder, und so fort, bis handflächengroße Bezirke befallen sind, die, miteinander konfluierend, zentral abtrocknen. Bei der Psoriasis pustulosa ist von dieser zirzinären Anordnung kaum etwas zu sehen, sondern die Eruption erfolgt bei ihr auf großen Flächen fast gleichzeitig.

In seiner Arbeit: „Über atypische Psoriasisformen“ gibt Volk ein ähnliches Bild von dieser Erkrankungsform. Er macht in der Atypie der Psoriasisformen drei große Untergruppen. Die eine von ihnen bezeichnet er als atypische Psoriasis unter dem Bilde einer Dermatose. Diese Gruppe teilt er wieder in zwei Unterpruppen ein,

a) solche, bei denen uns bekannte Veränderungen des Bodens die Modifikation der Psoriasis herbeiführen,

b) jene, bei denen der Anstoß hierfür derzeit unbekannt oder mindestens nicht einwandfrei geklärt ist.

Besonders diese letzte Gruppe interessiert uns wegen der Ähnlichkeit ihrer Krankheitsbilder mit denen der Impetigo herpetiformis. Volk zählt eine Menge von Ursachen auf, die den Charakter der Psoriasis ändern können. Solche prädisponierende Momente sind das Auftreten in den Beugen, Anämie, Störungen des Nervensystems und der Zentralorgane,

vor allem aber die Tuberkulose und die lymphatische Konstitution.

Die Psoriasis vulgaris kann unter gänzlicher Änderung ihres Charakters unter dem Bilde einer akuten Erkrankung nicht nur zu den schwersten Symptomen, sondern sogar zum Exitus letalis führen. Das Symptomenbild ist nach den bisherigen Beobachtungen bei allen Fällen auf der Höhe der Erkrankung ein fast identisches, während der weitere Verlauf und Ausgang verschieden ist. Zwecks genauer Charakterisierung dieser Krankheitsgruppe sei es mir gestattet, die Fälle Volks hier anzuführen:

Fall 1: St. E., 41jährige kräftig gebaute Patientin mit gut entwickeltem Panniculus adiposus hatte die Klinik öfters mit einer typischen Psoriasis vulgaris an den Streckseiten der Extremitäten, in der Lendengegend, am behaarten Kopf, einzelnen Effloreszenzen disseminiert am Stamm und im Gesicht aufgesucht. Unter Bädern, Präzipitatsalbe, heilte die Psoriasis stets prompt ab. Patientin war nie gravid.

Die neuerliche Aufnahme erfolgte am 28. Mai 1910.

Am 28. Mai zeigten die bisher typischen Psoriasis-Effloreszenzen an der Peripherie eine einige Millimeter breite Zone, in welcher sich 2 Tage später stecknadelkopfgroße Pusteln bildeten, zunächst im Kreise solitär stehend. In wenigen Stunden schossen neue Pusteln auf vorher gesunder leicht geröteter Haut auf, stellten sich in kleine Gruppen welche wieder von einem entzündlichen Hallo umgeben waren; mit diesem schien die Affektion weiterzuschreiten, denn bald entwickelten sich auf ihm neue Pusteln. Durch rasches peripheres Wachstum ergab sich bald Konfluenz der einzelnen Gruppen über größere Hautpartien. Im Zentrum solcher Gruppen trocknete der Pustelinhalt zu dünnen krustös-lamel-

lösen Auflagerungen ein, während peripherwärts die Affektion mit neuerlicher Pustelbildung stets auf geröteter Haut vorwärtsschritt.

Während in den vorhergehenden Tagen die Temperatur normal war, stieg sie mit Beginn der Dermatitis auf 38,2. Drüsen mäßig, nicht auffallend geschwollen, weich.

31. Mai: Nach einer Remission Abendtemperatur 39,7. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist schwer gestört, zeitweise ist das Sensorium leicht getrübt.

1. Juni: Konfluenz der Plaques bis zu ausgedehnten diffusen Erkrankungsherden. Interner Befund außer Milztumor normal, im Harn geringe Menge Albumen.

2. Juni: Temperatur andauernd um 39,0 mit nur ganz geringfügigen Remissionen. Das Exanthem in Progredienz, Prostration, Diarrhöen. Ein Züchtungsversuch aus den Pusteln und aus dem Blute auf Agar, Glyzerin- und Aszitesagar ergab vollständig negatives Resultat.

3. Juni: Temperatur 40,0. Weiteres Fortschreiten des Prozesses zu fast universeller Ausbreitung, wobei nur Vorderarme, Unterschenkel und Gesicht freibleiben; an diesen Stellen finden sich einzelne isolierte Psoriasisplaques. Am intensivsten scheint sich der Prozeß in der Unterbauchgegend und dem Genitale abzuspielen, woselbst sich auf der von Schuppenkrusten befreiten, intensiv geröteten, doch nirgends ulzerierten Haut neue Pusteln entwickeln.

4. Juni: Trotz Therapie (Elektrokollargolinjektionen, Kardiaka usw.) Verschlechterung des Allgemeinbefindens, profuse Diarrhöen. Zeitweise Somnolenz, krampfartige Zuckungen der Extremitäten.

5. Juni: Morgentemperatur 40,0, Bewußtlosigkeit, Lungenödem; bei 41,9 erfolgt Exitus letalis.

Obduktionsbefund: Akuter Milztumor, trübe Schwellung der Leber und Nieren. Degeneration des Herzmuskels. Ödem der Lungen und des Gehirns. Keine Zeichen einer Sepsis.

Fall 2. O. A., 20jähriger Bursche, kam am 2. April 1909 auf die Klinik, vermeintlich wegen Pediculosis vestimentorum. Nach kurzem Aufenthalt begannen sich an den für diese Affektion charakteristischen Stellen die Kratzeffekte mit Pusteln zu bedecken. Etwa nach 8 Tagen schossen besonders in der Leistenbeuge, aber auch am Stamme und an den unteren Extremitäten auf leicht erythematöser Basis kleinste Pusteln auf, die sich in Gruppen stellten, mit einem entzündlichen Hof umgaben, auf dem sich wieder neue Pusteln entwickelten. Es war demnach ein peripheres Fortschreiten mit einem Pustelkranze, während die zentralen Anteile zu lamellösen, gelbgrünen Krustenmassen eintrockneten, nach deren Ablösung sich da und dort neue Pusteln zeigten. Gleichzeitig bestand hohes Fieber (über 40,0) von remittierendem Charakter und Prostration. Die Drüsen waren vielfach geschwollen, nicht schmerzhaft. Blutbefund normal. Der Patient wurde von Reitmann in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft demonstriert, wobei auf die Ähnlichkeit mit dem Bilde der Impetigo herpetiformis hingewiesen wurde; gegen eine Identifizierung wurde in der Diskussion allseitig opponiert.

Nach mehrwöchigem Fieber fiel die Temperatur ab und blieb auch normal; gleichzeitig entwickelte sich eine typische Psoriasis, die nach und nach selbst sehr energisch behandelt werden konnte, und am 1. Juli 1909 verließ Patient geheilt das Spital.

Fall 3. Patientin T., welche bis auf eine ähnliche Erkrankung vor 2 Jahren stets gesund gewesen sein soll, bot bei ihrer Aufnahme ein äußerst schweres Krankheitsbild.

Auch das erste Mal soll die Erkrankung nach einem Partus aufgetreten sein. Die jetzige Affektion, welche vor zwei Monaten, 14 Tage nach einer normalen Geburt, ohne subjektive Symptome in der Genitalregion einsetzte, war damals angeblich nicht von Fieber begleitet. Das Kind ist vollkommen gesund und wohlgebildet.

Wie schon erwähnt, bot die Frau beim Eintritt in die Klinik das Bild einer Schwerkranken. Am Stamme und besonders in den Beugen der Extremitäten war eine starke Rötung zu konstatieren, die Haut infiltriert und gespannt. Auf derselben, wieder besonders ausgesprochen in den Gelenkbeugen, fanden sich ziemlich reichliche großlamellöse, butterteigartige Schuppenmassen aufgelagert, unter denen die Haut näßte. An der Peripherie, in scheinbar gesunder Umgebung lagen verschieden große, gulden- bis kindshandtellergroße Herde von geröteter Haut, welche zentralwärts eine abblätternde Schuppenkruste trugen, am Rande häufig von einem ein- oder auch mehrreihigen Pustelkranz umgeben waren, wobei die Pusteln Hirsekorngröße nicht überschritten. Die Ausbreitung erfolgte unter Pustelbildung und jede Eruption war von einer Fieberattacke bis über 39,0 begleitet, so daß ein remittierender Fiebertypus zustande kam. Daneben zeigten sich erythematöse Stellen, auf welchen neue Pusteln zum Teil auch disseminiert auftraten. Der Pustelinhalt wurde bei mehrfacher Untersuchung stets steril gefunden.

Nach einigen Wochen, in welchen stets neue Nachschübe erfolgt sind, nimmt das Exanthem eine andere Form an. Die Patientin ist dauernd fieberfrei und bietet folgendes Bild: Vorzugsweise an den Beugeseiten, und zwar ganz besonders ausgeprägt in beiden Achselhöhlen, Schenkelbeugen, unter den Mammae, in geringem Grade auch an der Innenseite beider

Oberarme ein hellrotes Exanthem, welches sich an der Peripherie in kleine, hirsekorngroße, lebhaft rote, flache Knötchen auflöst. Daneben finden sich auch kleine Plaques von Erbsen- bis Bohnengröße; diese sowie auch viele Knötchen sind von einem nicht besonders festhaftenden Schüppchen bedeckt, nach dessen Abhebung vielfach feine Blutung auftritt und das Korium zu nässen beginnt. An den oben erwähnten Stellen der stärksten Affektion, besonders unter den Mammae und in den Schenkelbeugen, sind über handtellergroße nässende Hautstellen vorhanden. Über beiden Mammae je eine etwa kindshandtellergroße infiltrierte, blaurote Stelle, angeblich als Residuum einer zu energischen Therapie der früheren Attacke. Der Nabel gerötet, nässend. Am behaarten Kopfe und in der Nackengegend leichte lamellöse Schuppung der lebhaft geröteten Haut.

Nägel nicht verändert, keine Drüsenschwellung. Der Blutbefund ergibt zur Zeit der Pusteleruption außer einer geringen Leukozytose keine Abweichung von der Norm.

Fall 4. Es handelt sich um einen 15jährigen Tischlerlehrling, bei dem anamnestisch nichts Wesentliches zu bemerken war, und der 4 Wochen vor seiner Aufnahme auf der Klinik (am 3. April 1907) an einem Panaritium des linken Mittelfingers mit Verlust des Nagels erkrankt war. Drei Wochen vor der Aufnahme begann eine Pusteleruption am Genitale, später auch am Stamme. Unmittelbar nach dem Spitaleintritt war das Bild folgendes:

(Demonstration Kren am 8. Mai 1907.) Typischer Beginn mit kleinen, von vornherein eitrigen Pusteleffloreszenzen, die bald an der Kuppe zu einer Borke vertrockneten und peripherwärts mit einem breiten roten Hof sich einsäumen, in dem es wieder zu einer Pusteleruption

kommt. So vergrößerte sich jede Pustelgruppe peripherwärts, es kam zu großen Herden und schließlich zu Konfluenz dieser. Die Borkenauflagerungen einzelner Herde sind dick infolge stets neuer Pustelrezidive in loco, bevor sich noch die Pusteldecken früherer Eruptionen ganz abgestoßen haben. Der Konfluenz entsprechend sieht man jetzt eine fast den ganzen Stamm einnehmende Rötung mit dünner Krustenbildung und nur wenig normal gebliebene Hautinseln. An der Peripherie der Affektion stehen stets noch frische Pustelgruppen mit roten Rändern.

Ein ähnliches, mehr diffuses Bild zeigen die Extremitäten und das Gesicht. In den Axillen, Knie- und Ellenbeugen schmierige, weiße Beläge.

Besonders hervorzuheben wäre, daß vor oder mit jeder neuen Pusteleruption, welche noch wochenlang anhielten, die Temperatur in die Höhe ging (bis 40,3), um dann wieder abzufallen, so daß ein remittierender, bezw. intermittierender Fiebertypus bestand. Das Allgemeinbefinden war schwer gestört, dabei der innere Befund außer einem Milztumor normal. Im Harn keine pathologischen Elemente.

Auch an der Zunge zeigten sich öfters Epithelmazerationen, die zentral abheilten und offenbar den Pustelbildungen auf der Haut entsprachen. Auf dieser traten die Pusteln stets gruppiert, in kleineren oder größeren Häufchen auf erithematösem Grunde auf, erreichten höchstens ausnahmsweise Hirsekorngröße, gewöhnlich waren sie mohnkorn- bis stecknadelkopfgroß. Nur gegen Ende der Erkrankung sah man besonders auf dem behaarten Kopfe vorübergehend Pusteln, auch disseminiert einzeln stehen.

Bei Züchtungsversuchen erwiesen sie sich steril.

Während anfangs zwischen den erkrankten Partien auch

gesunde Hautstellen zu sehen waren, verschwanden die letzteren mit der Zeit bis auf geringe Reste, so daß die Erkrankung zeitweise auch einer Erythrodermie oder einem Pemphigus folliaceus ähnlich sah. Infolge des lange bestehenden entzündlichen Prozesses der Haut und der damit verbundenen Spannung und nachträglichen leichten Schrumpfung erwies sie sich vielfach als zu klein, über den Gelenkbeugen entstanden seichte Rhagaden, ferner war auch der Augenschluß eine Zeitlang nicht vollkommen möglich. Patient nahm wegen solcher Rhagadenbildung zeitweilig in den Gelenken jene Mittelstellung ein, wie wir sie bei manchen Oberflächenverkleinerungen der Haut zu sehen gewohnt sind.

Auch an den Nägeln zeigten sich Veränderungen, stärker an denen der Finger als an denen der Zehen. Sie verloren ihre glatte, normale Nagelplatte, erschienen gelblich, trüb, undurchsichtig und wurden von ihrer Unterlage durch weiche, gelbliche Massen abgehoben. Die Erkrankung der Haut hatte auch die Nagelmatrix ergriffen, so daß zeitweilig die Bildung des Nagels ganz ausblieb. Der Nagel des rechten kleinen Fingers wurde eines Tages durch subunguale, hyperkeratotische Massen in toto abgestoßen. Auch die Kopfhaare waren nicht nur infolge des allgemeinen Prozesses, sondern auch infolge lokaler häufiger Pusteleruptionen fast insgesamt ausgegangen.

Trotz dieses schweren, durch viele Wochen anhaltenden Krankheitsbildes kam es zur Heilung mit Restitutio ad integrum. Aus dem Abgangsstatus vom 17. August 1907 sei erwähnt, daß das Kopfhaar wieder nachgewachsen war, die Nägel begannen sich wieder normal zu bilden. Der Stamm war blaß, ebenso die Extremitäten, nur über Ellbogen und Knien noch etwas Rötung und Schuppenbildung, die an abheilende

Psoriasis erinnerte. Pusteln bestehen keine mehr, die Zunge zeigt noch gyrierte Epithelmazerationen. Die Nägel sind in den vorderen Partien noch verdickt, die rückwärtigen Partien leicht höckerig, längsgefurcht, keine Grübchen. Über beiden Knien querlaufende Striae atrophicae.

Diese angeführten Krankengeschichten geben ungefähr folgendes Krankheitsbild:

Plötzlich, aus voller Gesundheit, tritt Erkrankung, unter hohem Fieber bis 40,0 und darüber, ein. Die Haut rötet sich auf kleinere und größere Strecken, wird gespannt, schmerzhaft und trocken. Binnen ganz kurzer Zeit, oft in wenigen Stunden, entwickeln sich oberflächlich gelegene mohnkorn- bis höchstens hirsekorngroße, in Gruppen gestellte Pustelchen. Die Pusteleruption kann aber auch auf scheinbar völlig normaler Haut oder als Folge einer Reizung entstehen. Der weitere Verlauf ist nun der, daß sich die einzelne Pustelgruppe mit einem roten Hof umgibt, in dem es immer wieder von neuem zum Aufschießen von Pusteln kommt, während die zentral gelegenen rasch abheilen und sich dort eine dünnere oder dickere lamellöse Kruste bildet. Hebt man dieselbe ab, so kommt eine gerötete, nässende, nie ulzerierte Hautstelle zum Vorschein, auf der sich wieder eine neue Kruste bildet, oder wo frische Pusteln auftreten. Stets schreitet die Affektion peripherwärts mit rotem Hallo und einem Pustelkreis fort. Durch Konfluenz benachbarter runder oder ovaler Herde kann es zu größeren Pustelherden kommen.

Das Allgemeinbefinden ist während der ganzen Zeit sehr geschädigt, Temperaturen um 40,0 wechseln mit niedrigeren, fast normalen ab, so daß ein remittierender oder intermittierender Fiebertypus entsteht, indem jede neue Pusteleruption die Temperatur in die Höhe schnellen läßt, was Tage und Wochen

andauern kann. Der Patient ist häufig benommen oder delirierend im Bett, mit trockener Zunge, oft von Schmerzen von seiten der infiltrierten, pustelbesäten oder nässenden Haut geplagt. Auch der schließliche Ausgang ist verschieden. Nicht alle Fälle sind ungünstig, sondern häufig läßt das Fieber nach, die Temperatur bleibt konstant normal. Die Patienten fühlen sich von dem Moment an auch subjektiv wohl, die Pustelbildung hat aufgehört, die entzündliche Röte der Haut verliert allmählich ihren akuten Charakter und geht ins Braunrote über. Die Krusten fallen ab, bezw. an ihre Stelle tritt eine trockene, kleine oder große lamellöse Schuppung wie bei einer Psoriasis vulgaris.

Es zeigt sich also auch bei diesen von Volk beschriebenen Fällen eine kolossale Ähnlichkeit mit der Impetigo herpetiformis, die so weit geht, daß Zumbusch sagt, daß derjenige, der die seltene Impetigo herpetiformis einmal gesehen hat, am ehesten ein Bild von diesen Fällen Psoriasis pustulosa bekommt, wenn er sie damit vergleicht. Wenn man diese 4 seltenen Fälle betrachtet, so kommt einem der Zweifel, ob es sich nicht doch um ein septisches Exanthem bei einem Psoriatiker oder latent psoriatischem Individuum handelt, wenn auch bei den beiden zur Obduktion gekommenen Fällen absolut keine Zeichen von Sepsis gefunden wurden und sich die Pusteln und auch das Blut trotz mehrfacher Züchtungsversuche auf verschiedenen Nährböden als absolut steril zeigten, wie dieses bei der Impetigo herpetiformis konstant der Fall ist. Denn dem einen Fall ging ein Panaritium voraus, der andere folgte einer, wenn auch normalen, afebrilen Geburt, im dritten Fall können die Kratzeffekte Eingangspforten für septisches Material abgegeben haben. Diese Entstehung der Krankheit auf septischer Basis spräche nicht

gegen eine Identifizierung mit der Impetigo herpetiformis, wenn auch in dem von Kaposi erweiterten Begriff, da Fälle von Impetigo im Anschluß an eine Infektion von Mathieu und Rille beschrieben sind.

In seinem 1915 gehaltenen klinischen Vortrag „Psoriasis und verwandte Krankheiten" beschreibt Jadassohn ebenfalls das Bild der Psoriasis pustulosa; er selbst hat zwei neue Fälle beobachtet, die in ihrem Verlauf mit den von Zumbusch und Volk beschriebenen ungefähr übereinstimmen.

Wie in den früheren Fällen, waren auch in diesen die sehr zahlreichen Pusteln für die gewöhnlichen Nährböden steril, also auch in diesem Punkte bestand wieder eine Ähnlichkeit mit der Impetigo herpetiformis.

Außer dieser atypischen Form der Psoriasis hat noch eine zweite, ebenfalls sehr seltene Krankheit unzweifelhaft sehr große Ähnlichkeit mit der Impetigo herpetiformis, die von Hallopeau beschriebene Acrodermatitis continua, speziell die purulente Form.

Jadassohn schreibt von ihr: „Der erste Fall, den ich von dieser letzteren Krankheit sah, bei der etwa 35jährigen Frau eines Arztes, glich am meisten von allen mir bekannten Krankheitsbildern der Impetigo herpetiformis; aber ein Zusammenhang mit Gravidität oder auch nur mit einer nachweisbaren Anomalie der Geschlechtsorgane war nicht vorhanden. Die Erkrankung hatte mit Entzündung und Eiterung um die Nägel und mit einer vollständigen Erweichung und Zerstörung dieser begonnen und hatte schließlich, unter immer wiederholten Fieberattacken, zu disseminierten Pustel- und Krustenherden und zum Exitus geführt. Wirklich psoriatische Herde waren nie vorhanden, die Pusteln steril, der innere Befund ganz negativ. Also abgesehen von dem Fehlen der

typischen Psoriasis das gleiche Bild wie bei denen pustulöser Form, aber auch eine weitgehende Analogie mit der Impetigo herpetiformis, hierbei abgesehen von ihrer vielfach als unmöglich angenommenen Ursache der Gravidität".

Diese Erkrankung hat ihren Sitz wesentlich an den Händen und Füßen, besonders an den Zehen und Fingern. Das charakteristische Element ist die kleine, ganz flache Pustel, die nicht über das Niveau der Haut hervorragt und am ehesten als eine Eitersugillation bezeichnet werden kann. Die einzelnen Pusteln, die stecknadelkopfgroß oder kleiner sind, trocknen entweder jede für sich ein oder fließen zuerst zu größeren, oft bis mehrere Zentimeter breiten, unregelmäßigen, eiterunterlaufenen Flächen zusammen, um danach schnell einzutrocknen. Die Dauer der einzelnen Pusteln ist sehr kurz. Die Blasendecke trocknet ein und bildet eine dünne Borke oder eine dichte Schuppe, die bald abfällt und eine Fläche ohne Narbenbildung hinterläßt. Die Haut, welche die Pusteln umgibt, ist eigentümlich glänzend, ganz glatt, von starker roter Farbe, die sich oft scharf gegen die gesunde Haut abzeichnete.

Das typische Bild des angegriffenen Hautgebietes ist die glatte, glänzend rote Fläche, die mit miliaren bis stecknadelkopfgroßen, weißlichgelben Punkten übersät und mit merkwürdig gebildeten Figuren durch Konfluenz von kleinen oder größeren eiterunterlaufenen Herden und mit dichten Schuppen bedeckt ist. Auf den Stellen, wo die Schuppen abgefallen sind, wird die gleiche glänzend rote Haut sichtbar, und auf dieser entstehen immer wieder neue Pusteln, indem derselbe Prozeß sich ständig wiederholt. Die Erkrankung beginnt gewöhnlich an einem Nagel, aber auch anderswo an Händen und Füßen, selten an der übrigen Haut. Dann breitet

der Prozeß sich an der Volarseite hinauf aus, dehnt sich aber im allgemeinen nicht über das Hand- und Fußgelenk aus. Nur hin und wieder wird diese Grenze überschritten. Hie und da treten auf den Extremitäten, besonders im späteren Krankheitsverlauf, zuweilen aber gleichzeitig mit der ersten Manifestation, universelle, symmetrische Exantheme auf. Ihre Prädilektionsstellen sind Hals, Achseln, Ellenbogen, Leisten, Skrotum und Kniekehlen; aber sie ergreifen auch den Körper und das Gesicht, sowie den Haarboden. Das universelle Exanthem trägt zuweilen rein erythematösen Charakter. Am häufigsten aber werden die erythematösen Plaques im Laufe ganz weniger Stunden mit minimalen Pusteln übersät, die ineinander überfließen und seltsame Figuren bilden. Diese universellen Pustelausbrüche können eine Zeitlang bestehen, dann wieder plötzlich, mit Zurücklassen von etwas Röte, verschwinden. Die Erkrankung besteht dann für einige Zeit aus Akrodermatitis allein.

Gleichzeitig mit den universellen Eruptionen besteht eine Schleimhautaffektion, gewöhnlich auf dem Zungenrücken oder an der Seitenwand der Zunge, die in Furchung und Schleimhauterosionen besteht. Die Erkrankung ist von kleineren Temperaturerhöhungen begleitet, das Allgemeinbefinden leidet hie und da, jedoch ist der Krankheitszustand nicht schwer.

Noch ein drittes Krankheitsbild kommt wegen seiner großen Ähnlichkeit mit Impetigo herpetiformis differentialdiagnostisch in Frage: die Allgemeinsepsis der Haut, ausgehend von einem begrenzten Eiterherde. Ein solcher Fall von Sepsis nach dem Biß einer Gans in einen Finger ist 1918 in der hiesigen Hautklinik in der Charité beobachtet worden; dessen Verlauf folgende Krankengeschichte kurz charakterisiert.

Am 20. 7. 1917 wird die Patientin in der Hautklinik eingeliefert.

Anamnese: In ihrer Kindheit hat sie die gewöhnlichen Kinderkrankheiten durchgemacht. Die Menses traten mit 14 Jahren ein und waren stets regelmäßig, die letzten Menses waren vor 13 Jahren. Patientin hat 5 Partus überstanden, davon leben 2 Kinder, ein Sohn ist lungenkrank gestorben; ein Abort im 4. Monat.

Im März 1916 wurde die Patientin von einer Gans in den Mittelfinger der rechten Hand gebissen. Die Wunde heilte nicht zu, ohne daß die Patientin weiter dadnrch behindert wurde. Bis zu ihrer Aufnahme war sie ständig in ärztlicher Behandlung. Im ganzen hat sie 9 Ärzte in Posen konsultiert, die sie mit Salben behandelten und sämtlich die Krankheit als nicht schlimm bezeichneten. 4—5 Tage vor der Aufnahme in der hiesigen Klinik bemerkte die Patientin eine Affektion auf dem Rücken. Die Tochter riet ihr, nach Berlin zu fahren, da sie auf dem Rücken denselben Eiter wie auf dem Finger habe.

Status praesens: Patientin ist eine mittelgroße Frau in mäßigem Ernährungszustande. Die inneren Organe sind normal bis auf eine Akzentuation des zweiten Tones an der Herzspitze; das Herz selbst ist nicht verbreitert. Der Mittelfinger der rechten Hand zeigt in ganzer Ausdehnung von der Kuppe bis zum Phalangealgelenk Rötung, die Epidermis fehlt. An einzelnen Stellen sind frische Granulationen sichtbar, im übrigen besteht starke eitrige Sekretion.

Auf der Haut des Rückens, unter der linken Achselbeuge, sind auf geröteter Unterlage Effloreszenzen mit gelblichen Borken, etwa in Handtellerausdehnung, vorhanden. Am Rande der geröteten Partie stehen kreisförmig angeordnete kleine

Bläschen, die Eiter enthalten. Dieselbe Affektion besteht am linken Ellenbogen und unter der rechten Achselbeuge, wo sich etwa 5—6 Stellen in Bohnengröße finden. Am hinteren Rande des Sternocleidomastoideus am Halse sind etwa 4 Stellen von Pfenniggröße vorhanden. Am Rücken, etwa in der Ausdehnung vom letzten Lendenwirbel bis zum Steißbein, besteht dieselbe Affektion, desgleichen auf der Haut beider Hüftgelenke. Die Nägel der Hände sind brüchig. An den Rachenorganen zeigt sich eine leichte Rötung der Schleimhaut. Im Urin ist kein Albumen.

26. 7. Patientin hat 38,8 Temperatur. Die Eitereruptionen haben sich ausgebreitet. Neue Bläschen sind besonders an der Innenfläche der Hände aufgetreten. Das Gesicht ist frei.

31. 7. Patientin bekommt einen Einlauf von 500 ccm H_2O mit 8 ccm Collargol 1 %. Die Temperatur ist hoch. Die Eitereruption breitet sich über die Ohren und Teile des Gesichts aus.

Über der rechten Lunge hinten unten Dämpfung und Knisterrasseln. Die Dämpfung ist etwa zweihandbreit.

31. 7. Die Dämpfung breitet sich weiter aus, es besteht Bronchialatmen. Der Puls ist klein. Patientin erhält 1 ccm Kampfer.

1. 9. Die Haut des ganzen Körpers ist mit starken Borken belegt. Es besteht starker Fötor.

5. 9. Patientin bekommt jeden 3. Tag Fulmargin intramuskulär. Das allgemeine Befinden ist schlecht.

7. 9. Starke Schwellung des linken Beins, es ist Thrombophlebitis eingetreten. Patientin bekommt Umschläge mit Kali. permang. Allgemeines Befinden ist schlecht.

10. 9. Patientin wird ins Dauerbad gelegt; die Borken lösen sich ab.

21. 9. Die Schwellung ist zurückgegangen. Patientin sehr schwach. Es tritt neue Pusteleruption auf.

30. 9. Abfall der Temperatur nach Kochsalzinjektionen.

23. 10. Patientin hat gestern Fieber gehabt. Am rechten Unterschenkel zeigt sich starke Rötung.

24. 10. Der Abszeß bricht spontan durch und sondert starke Eitermengen ab. Die Schwellung geht zurück. Die ganze Hautdecke, mit Ausnahme des Gesichts, ist erkrankt. Auf dem Kopfe sind nur noch spärliche Reste von Haaren vorhanden. Zurzeit bestehen neue Pusteleruptionen an der Stirnhaargrenze, die auf die Stirn und Temporalgegend übergreifen. Die Nägel der Finger sind verdickt und brüchig. Auf der Haut spielt sich immer derselbe Entwicklungszyklus ab. Es treten stecknadelkopf- bis linsengroße Pustelherde auf, die teilweise konfluieren. Dann erfolgt in der Mitte der Pusteln gelblich-braune Verfärbung; dieses ist der Anfang einer Borkenbildung. Es entstehen dicke, grünlich-gelbe Borken, die sich ablösen, bezw. sich in großen Lamellen abziehen lassen. Die neu entstehenden Pusteln stehen auf gerötetem Grund.

29. 10. Am rechten Oberschenkel sind an einzelnen Stellen noch Borken vorhanden, ebenfalls neue Pusteln. Der größte Teil der Haut ist frei und hell und hat keine Verfärbungen oder Pigmentierungen. Die Pusteln, die meist gruppenweise oder vereinzelt auftreten, zeigen keine Neigung, sich von neuem zu vergrößern. Am linken Oberschenkel stellt sich ein starkes Ödem ein. Die Haut ist mit Borken bedeckt, am Fußrücken bilden die Borken eine zusammenhängende Decke.

16. 11. Decubitus der Glutealgegend.

7. 12. Patientin hat diese Nacht unruhig geschlafen. Sie hat das Bett verlassen, um Hilfe gerufen und war sehr

aufgeregt. Der Hautstatus ist insofern verändert, als auf dem Rücken links ein kleiner Decubitus aufgetreten und im Gesicht, auf der Brust und an der linken Hand Hämorrhagien hinzugetreten sind. Die Hämorrhagien des Gesichts sind nicht sehr ausgedehnt. Auf der Brust handelt es sich um eine pfenniggroße Stelle, an der Hand und den Beinen um größere Stellen. Das psychische Verhalten ist verändert. Patientin ist sehr matt, etwas apathisch und will, während sie sonst immer nach Hause drängte, hierbleiben. Der Puls ist regelmäßig, nicht besonders frequent, aber weniger voll und kräftig als sonst.

5. 1. Hämorrhagien im Gesicht, an Oberarm, Ellenbogen links und Knie rechts; auch Schwellung der rechten Hand hat sich eingestellt. Nachmittags 2 Uhr tritt Exitus ein.

Dieser Krankheitsfall, der mit einem Lungeninfarkt und Trombophlebitis des linken Beines einherging, kann kaum unter die vorher geschilderten Krankheitsgruppen gerechnet werden, da das Auftreten der Eiterpusteln und der Schuppen und Borken, wie überhaupt der ganze Verlauf, zu atypisch für Impetigo herpetiformis war, während die Psoriasis pustulosa überhaupt dabei nicht in Frage kommt, da sonstige psoriatische Erscheinungen fehlten. Er muß also als reiner Sepsisfall betrachtet werden, der von der Fingerverletzung seinen Ausgang nahm.

Im Verlaufe des vergangenen Jahres sind in der Hautklinik der Charité mehrere Fälle dieser so seltenen Erkrankungsarten beobachtet und zum Teil auch beschrieben oder demonstriert worden.

So wird ein schwer verlaufener Fall von Psoriasis pustulosa von Stabsarzt Dr. Benn veröffentlicht, während Frau Dr. Kaufmann die Moulage eines weiteren leichten Falles

in der Kriegstagung der Dermatologischen Gesellschaft demonstriert hat. Ferner ist ein Fall von Impetigo herpetiformis von Dr. Guttfeld vor kurzer Zeit beschrieben worden, der zur Heilung gekommen ist.

Zu Ende des vergangenen Jahres bot sich eine weitere Gelegenheit, ein Krankheitsbild in der Hautklinik zu beobachten, das trotz seiner Abweichungen von der Charakteristik Hebras wohl unter die Gruppe der Impetigo herpetiformis-Erkrankungen gerechnet werden dürfte und wegen seines atypischen Verlaufes, zum mindesten aber seiner kolossalen Ähnlichkeit damit veröffentlicht werden soll.

Am 15. Oktober 1918 wurde die 44jährige Arbeiterin R. in hiesiger Klinik wegen eines Impetigo herpetiformis-ähnlichen Exanthems aufgenommen.

Anamnese: In der Kindheit ist Patientin immer gesund gewesen. Die ersten Menses hatte Patientin mit 16 Jahren, die letzten mit 36 Jahren. Sie waren stets unregelmäßig und Patientin mußte jedesmal liegen.

Ihr Mann ist lungenkrank, nach $^1/_2$ jähriger Ehe von ihr geschieden worden. Partus und Aborte hat Patientin keine durchgemacht. Vor 14 Tagen trat bei Patientin starkes Jucken ein, und sie bekam längs der Clavicula einen schuppigen Ausschlag, der sich sehr rasch auf Brust und Rücken verbreitete und von da auf Bauch, Oberschenkel und Arme überging. Patientin klagt über starke Schmerzen, besonders in der linken Achselhöhle, über Schlaflosigkeit und Schmerzen beim Wasserlassen; sie schwitzt und friert abwechselnd. Patientin erzählt, daß sie vor 14 Tagen auf einer überschwemmten Wiese geheut und dabei bis an den Leib im Wasser gestanden hat. Abends ist sie zitternd und frierend heimgekommen, daher ins Bett gegangen und dort 2 Tage

liegen geblieben. Vorher war Patientin ganz gesund und ohne ärztliche Behandlung. Am 3. Tage zeigten sich die Ausschläge, weswegen Patientin zu einem Arzt ging, der sie sofort in die hiesige Klinik schickte.

Status praesens: Patientin sieht sehr blaß und elend aus. Das Gesicht ist frei, die behaarte Kopfhaut ebenfalls, nur hinter den Ohren, ganz wenig unter der Haargrenze befinden sich einige Herde.

Die ganze Brust, der Bauch und der Rücken sind in toto erkrankt. Auf den Armen sind ebenfalls ausgedehnte Herde, die Hände selbst sind frei. Füße und Unterschenkel sind ebenfalls frei, nur am linken Unterschenkel unterhalb des Knies finden sich einige Herde. Die Oberschenkel sind in ihrer oberen Hälfte ebenfalls in toto erkrankt. Die Mundschleimhaut ist frei. Die After- und Genitalschleimhaut ist auch erkrankt.

Die Affektion bietet ganz das Bild der Impetigo herpetiformis, die Patientin hat aber nie geboren. Die neuen Efflo-reszenzen sind am Hals, an den Armen und Beinen vorhanden. Hier handelt es sich um kleine Pusteln, die gruppiert stehen und teilweise konfluiert sind. An den Armen und am Hals handelt es sich mehr um kleine Gruppen, deren Umgebung leicht gerötet ist. An den Oberschenkeln ist die Affektion begrenzt von einem breiten, roten Saum, der mit zahlreichen, meist konfluierenden Pusteln besetzt ist. Distal von diesem Saum finden sich zerstreute, einzelne oder gruppierte derartige Pusteln auf rosa gefärbtem Grunde. Am Bauch und Rücken, dem älteren Teil der Erkrankung, ist die Haut bräunlich-rötlich verfärbt und mit blätterteigartigen Schuppen bedeckt. Unter diesen Schuppen sieht man zahlreiche linsengroße Pusteln, besonders reichlich

auf der Brust. Patientin hat eine starke Dyspnoe, atmet oberflächlich und sehr rasch. Auf den Lungen ist weder perkultatorisch noch auskultatorisch ein pathologischer Befund festzustellen. Die Herzgrenzen sind normal, der Puls ist kräftig. An der Herzspitze besteht eine ganz leichte Akzentuation. Vielleicht erklärt sich die Dyspnoe durch eine leichte Vagusreizung.

18. 10. Patientin ist sehr elend, Temperatur 39°. Es besteht weiter starke Dyspnoe. Ödem beider Arme ist eingetreten. Auch das Abdomen erscheint aufgetrieben. Klagen über Schmerzen im Leib. Die Therapie hat nur in Einreibungen mit Ung. neutrale bestanden, innerlich ist 0,5 g Pyramidon gegeben.

19. 10. Subjektive Besserung ist eingetreten, Patientin fühlt sich etwas wohler. Das Ödem der Arme ist nicht zurückgegangen, dagegen ist Ödem des linken Beines aufgetreten. Die alten Borken am Thorax sind infolge der Salbenbehandlung abgefallen. Zahlreiche Eiterpusteln sind aber allenthalben am Thorax aufgetreten. Die Rötung und Pustelbildung ist an den Extremitäten distalwärts weitergegangen.

22. 10. Subjektive Besserung. Ödem beider Beine und Arme. Auftreten neuer Pusteln an den geröteten Stellen des Rumpfes. Weitere Ausbreitung des Exanthems an den Extremitäten und nach dem Gesicht zu. Puls ist ausgezeichnet, das Sensorium ist frei.

24. 10. Die Ödeme nehmen weiter zu, die Hände, Arme und unteren Extremitäten sind enorm geschwollen. Auf dem rechten Handrücken treten talergroße Hämorrhagien auf, das Bild der Impetigo ist sehr verwischt. Große lamellöse Abschuppung an den Beinen. Das Sensorium ist weiter frei.

Starke Schweißausbrüche. Wegen des Ödems wird von einer Blutentnahme Abstand genommen.

25. 10. Ber rechte Arm ist ziemlich beträchtlich abgeschwollen. Die purpuraartigen Stellen auf dem Handrücken haben sich stark vergrößert. Seit vorgestern hat Patientin Chinin erhalten, worauf die Temperatur heruntergegangen ist. Neue Pustelbildung am Kopf, während sie am Oberarm weiter fortgeschritten ist. Die Mundschleimhaut ist frei. Die Pusteln am Genitale sind abgeheilt.

28. 10. Patientin hat schlecht geschlafen. Ödem des Gesichts, besonders der unteren Gesichtshälfte, hat sich eingestellt. Der rechte Arm ist ziemlich abgeschwollen, auch das rechte Bein ist nicht mehr so stark geschwollen. Unterhalb der Achselhöhle befindet sich ein umschriebener Ödemherd von fast Kindskopfgröße, der den Eindruck eines Abszesses macht. Bei der Punktion entleert sich seröse Flüssigkeit. Links unten am Thorax besteht Dämpfung. An der Rhima ani Fortschreiten eines leichten Decubitus. Allenthalben unter der erkrankten Haut zerstreut stehende und nur in geringer Menge auftretende Pusteln.

30. 10. Subjektiv fühlt sich die Patientin wohler; die Dämpfung ist nicht mehr nachweisbar.

2. 11. Am rechten Sprungbein und am linken Bein treten Pusteln auf, auf der Zungenspitze ein Bläschen. Die Schwellung der Beine ist geschwunden, auch der linke Arm ist wesentlich abgeschwollen.

10. 11. Es besteht noch Ödem der rechten Hand und des Gesichts. Pusteln sind nur noch in geringer Zahl vorhanden. Der Körper ist bedeckt mit graugrünlichen Borken. Der Puls beträgt 96 Schläge in der Minute, er ist gleich-

mäßig kräftig. Schwellung beider Augenlider tritt neu hinzu, das Öffnen der Augen ist schmerzhaft.

12. 11. Die Untersuchung des Blutes im Dunkelfeld hat nichts Besonderes ergeben.

13. 11. Die Haut der Patientin ist in toto verändert. Der behaarte Kopf ist mit weißlich-gelben Borken belegt. Die Augenlider sind abgeschwollen; die Augen können wieder besser, aber noch nicht völlig geöffnet werden. Die Lippen sind trocken. Das Mundöffnen bereitet große Schwierigkeiten. Die Zunge ist belegt, aber feucht; die Hautfarbe des Gesichts ist wächsern-gelb. Die Farbe des Rumpfes und der oberen Extremitäten ist braunrot, die der unteren Extremitäten ist wieder etwas heller, mehr ins Gelbliche übergehend. Die ganze Haut ist mit dunklen Krusten bedeckt; die Epidermis plantae pedis löst sich pantoffelförmig ab. Die Fußnägel weisen leichte Veränderungen auf, die aber nicht mit der jetzigen Krankheit im Zusammenhang stehen. Die Nägel der Hände sind unverändert; nach dem Wasserbade löst sich der Nagel des Zeigefingers ohne irgendwelche pathologischen Veränderungen total ab. Auf der Haut sind keine Pusteln mehr aufzuweisen. An dem linken Unterarm unterhalb des Handgelenkes finden sich in Breite des Armes, 4 cm breit, starke felderfömige Auflagerungen, die an verruköse Veränderungen erinnern, mit dem Skalpell aber leicht lösbar sind. Das Genitale ist ganz abgeheilt. An der Rhima ani schreitet der Decubitus langsam ab.

16. 11. Die Ödeme sind vollständig geschwunden, eine Neubildung von Pusteln ist nicht aufgetreten. Patientin hat starke Durchfälle bekommen. Die Haut des Gesichts ist abgelöst bis auf die Stirn, die sich pergamentartig überzieht.

18. 11. Beim Aufdecken des Lakens, das die Patientin

ganz umgibt, findet man große Lamellen abgestoßener Epidermis.

28. 11. Auf dem Abdomen finden sich 3 neue Pusteln. Ein Ödem des Bauches ist wieder aufgetreten. Patientin hat geschwollene Füße.

29. 11. Bei der Patientin finden sich starke Ödeme der Beine, selbst beim Liegen.

3. 12. Die Pustelbildung, die am 28. 11. wieder begonnen hat, nimmt immer zu.

4. 12. Anlegen von Kulturen aus den Pusteln, negativ.

6. 12. Im Nasenaugenwinkel des linken Auges hat sich ein fünfpfennigstückgroßer, dunkelbrauner, nicht erhabener Fleck (Blutung) eingestellt.

9. 12. Die Pustulation nimmt zu, breitet sich über das ganze Abdomen aus. Am Hals und Nacken finden sich gleichfalls neue Pusteln in großer Anzahl.

12. 12. Die Pusteln heilen wieder ab, neue treten nicht mehr auf.

22. 12. Keine Neubildung von Eiterpusteln mehr vorhanden. Patientin fühlt sich sehr wohl.

11. 1. 1919. An sämtlichen Nägeln der Hände hebt sich der alte, stark verhornte Teil der Nägel von dem nachwachsenden Teile ab. Es sieht aus, wie wenn der alte Nagel nur noch, einer großen Schuppe gleich, auf dem neuen steckt. Der untere Teil der sich abhebenden Schuppe ist weiß wie der obere und an einzelnen Stellen abhebbar. Der ganze neue Teil ist weniger verhornt, weniger gerieft. Auf Druck gibt Patientin etwas Schmerz an.

An beiden Beinen um die Malleoli herum leichtes Ödem nach langem Aufsein.

Urin und Cor ohne Befund.

Patientin wird geheilt entlassen.

Für die Zugehörigkeit dieses Krankheitsbildes zur Impetigo herpetiformis sprechen die plötzliche Proruption der primär als solche auftretenden Eiterpustelchen, die oberflächliche Lage in der Epidermis, ferner das Auftreten in stets gleicher Art, die regelmäßige Anordnung in Gruppen und Haufen. Dann erscheinen auch bei dem beschriebenen Fall die Effloreszenzen in Nachschüben am Rande der bereits abheilenden oder konfluierenden Herde, während im Zentrum Überhäutung und Krustenbildung eintritt. Die einzelnen Eruptionen werden auch bei dieser Patientin von hohen Schüttelfrösten begleitet, und die Eruptionen treten zunächst an den von Hebra genannten Prädilektionsstellen auf, um dann allmählich sich über den ganzen Körper auszubreiten. Die Untersuchung des Pustelinhalts war auch negativ. Ulzerationen sind auch bei diesem Falle nirgends aufgetreten. Etwas gegen die Regel ist das Auftreten der Erkrankung bei einer Nichtschwangeren, aber es sind ja eine größere Zahl von Fällen bei nicht graviden Frauen und sogar bei Männern beobachtet worden. Unter Umständen spielt auch bei dieser Patientin das Genitale eine Rolle, denn sie gibt an, daß sie die Erkrankung nach ihrer Tätigkeit beim Heuernten, wobei sie bis an den Unterleib im Wasser gestanden haben will, sich zugezogen hat. Es ist also leicht möglich, daß eine Sepsis vom Genitale aus Eingang bei Patientin gefunden und dieses der Impetigo so ähnliche Bild hervorgerufen hat.

Gegen die Impetigo herpetiformis in den von Hebra gegebenen Grenzen spricht ferner noch die Größe der Pusteln, die Linsengröße erreichten; doch auch andere als Impetigo herpetiformis beschriebene Fälle zeigten Pusteln in dieser Größe, so daß bei einer Erweiterung des Krankheits-

bildes dieser Fall event. doch noch dazu gerechnet werden könnte. Zum mindesten aber ist ihm eine große Ähnlichkeit mit dieser so seltenen Krankheit nicht abzusprechen. Mit der vorher erwähnten Acrodermatitis continua zeigt er außer anderem insofern einige Ähnlichkeit, als auch bei ihm eine Erkrankung und Abstoßung der stark verhornten Nägel eintrat und das Nagelbett selbst druckempfindlich, also wohl auch entzündlich erkrankt war. Und von dieser Krankheitsform meinte Brun, daß man sie wohl als eine atypische Form der Impetigo herpetiformis betrachten müsse.

Kurz zusammengefaßt handelt es sich also bei dem eben beschriebenen Krankheitsfall wohl um eine septische, vom Genitale ausgehende Erkrankung, die, unter dem Bilde einer Impetigo herpetiformis verlaufend, schließlich doch zur Heilung kam.

Ich möchte es nicht unterlassen, auch an dieser Stelle Herrn Dr. Blumenthal für die entgegenkommende Überlassung dieses Krankheitsfalles, und Frau Dr. Kaufmann für ihre liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. **Hebra,** Wiener med. Wochenschrift Nr. 48.
2. **Kaposi,** Archiv für Dermatologie Bd. 19.
3. **Mraceck,** Handbuch der Hautkrankheiten.
4. **Wolff** und **Mulzer,** Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
5. **Jarisch,** Hautkrankheiten.
6. **Neumann,** Hautkrankheiten.
7. **Lesser,** Lehrbuch der Hautkrankheiten.
8. **Schwarz,** Wiener med. Blätter 1886.
9. **Pataky,** Wiener med. Blätter 1886.
10. **Du Mesnil,** Archiv für Dermatologie Bd. 21 u. 23.
11. **Marx,** Archiv für Dermatologie Bd. 21.
12. **Dauber,** Archiv für Dermatologie Bd. 28.
13. **Rille,** Archiv für Dermatologie Bd. 45.
14. **Groß,** Archiv für Dermatologie Bd. 45.
15. **Tommasoli,** Archiv für Dermatologie Bd. 46.
16. **Fordyce,** Archiv für Dermatologie Bd. 46.
17. **Schulze,** Archiv für Dermatologie Bd. 50.
18. **Borzecki,** Archiv für Dermatologie Bd. 77.
19. **Zumbusch,** Archiv für Dermatologie Bd. 99.
20. **Breier,** Dermatologische Zeitschrift 1894.
21. **Gavazzeni,** Monatshefte für praktische Medizin.
22. **Linser,** Münchner med. Wochenschrift 1910.
23. **Volk,** Wiener klinische Wochenschrift 1911.
24. **Jadassohn,** Medizinische Klinik 1915.
25. **Brun-Pedersen,** Dermatologische Zeitschrift 1918.

Robert Noske, Borna-Leipzig, Großbetrieb für Dissertationsdruck

Lebenslauf.

Ich, Theodor v. Gruchalla-Wesierski, katholischer Konfession, wurde am 30. Juni 1890 als Sohn des Rittergutsbesitzers Boles v. Gruchalla-Wesierski in Niedeck (Westpreußen) geboren. Meine Schulbildung erhielt ich bis zu meinem 10. Lebensjahre auf der Dorfschule in Sullenschin (Westpreußen), dann auf dem Städt. Gymnasium zu Danzig. Die Reifeprüfung legte ich Ostern 1911 am Gymnasium zu Konitz ab und bezog hierauf die Münchener Universität, wo ich 3 Semester verblieb. Das 4. u. 5. Semester verbrachte ich in Greifswald und legte hier im Sommer 1913 das Physikum ab. Die klinischen Semester brachte ich in Berlin zu und legte dort das medizinische Staatsexamen im Mai 1917 ab. Seit Beginn des Feldzuges war ich an der Front als Truppenarzt tätig und wurde Ende Dezember 1918 aus dem Heeresdienst entlassen. Während der Monate Januar und Februar 1919 arbeitete ich als Volontärarzt im St. Joseph-Krankenhaus zu Potsdam.